

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 9 heures

Par PAUL MARCHAIS

Né à Nevers (Nièvre), le 4 août 1871.

Ancien externe des hôpitaux.

DES

HÉMORRHAGIES DANS LES HYDRONÉPHROSES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

BRUN et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 637

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 9 heures

Par PAUL MARCHAIS

Né à Nevers (Nièvre), le 4 août 1871.

Ancien externe des hôpitaux.

DES

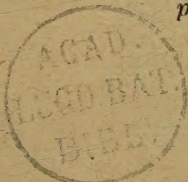
HÉMORRHAGIES
DANS LES HYDRONÉPHROSES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

BRUN et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	REITERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER,

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Tous les auteurs se sont accordés, jusqu'à nos jours, à décrire à l'hydronéphrose des accidents variables qui tous peuvent se ramener à deux chefs principaux. Ou bien, la distension du rein, par le fait de la progression de l'accumulation du liquide dans la cavité, amène des lésions secondaires, qui, de proche en proche, envahissant le rein tout entier, y déterminent un processus atrophiant et arrivent après un temps plus ou moins long à l'atrophie complète de l'organe. La terminaison, dans ce cas, se fait, lorsque les deux reins sont envahis, par l'établissement progressif de l'urémie qui emporte le malade au milieu des accidents habituels.

Un autre mode de terminaison de l'hydronéphrose est le suivant. Après des périodes de tolérance, variant de quelques mois à plusieurs années, suivant que l'hydronéphrose est complète, ou bien intermittente, et suivant aussi le degré de résistance de l'autre rein qui, s'il est sain peut

suppléer pendant longtemps le rein malade, on voit, dis-je, la poche jusque-là stationnaire et ne gênant que par sa présence, devenir le siège d'une infection aiguë se traduisant par des phénomènes alarmants, et emportant le malade en quelques heures avec tous les symptômes d'une inflammation de la séreuse péritonéale. Pour ne citer qu'un exemple entre mille, qu'il me suffise de rappeler l'observation intéressante de Mauny de Saintes, publiée dans la *Gazette des hôpitaux* de novembre 1896. La malade en question est amenée avec tous les signes d'une péritonite suraiguë, la laparatomie pratiquée d'urgence permet, de découvrir une vaste poche hydronéphrotique suppurée. Après ablation et drainage, la malade guérit et il n'est pas douteux que l'intervention rapide était la seule condition de succès.

Dans d'autres cas, la terminaison fatale, sans présenter la même marche foudroyante, survient après un temps variable.

Tels sont les accidents décrits des hydronéphroses. Ce que nous voulons signaler, dans ce travail, c'est la possibilité d'accidents d'un genre différent, survenant dans le cours de l'évolution de ces tumeurs rénales.

Laissant de côté et l'urémie et l'infection qui sont les modes de terminaison les plus fréquents des hydronéphroses, il nous a semblé intéressant, sur les conseils de notre maître, M. Tuffier, d'in-

sister sur ce que l'on pourrait appeler un épisode dans le cours de l'évolution de cette maladie : nous voulons parler de l'hémorrhagie survenant dans le cours d'une hydronéphrose et venant ajouter au tableau symptomatique déjà si complexe, quelque chose de nouveau, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue du pronostic et du traitement.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à exprimer toute notre gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux.

Tout au début de nos études, M. Hirtz, à l'hôpital Tenon, nous a enseigné les premiers éléments du diagnostic médical : nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Plus tard, à l'hôpital Broussais, M. Gilbert nous a fait l'honneur de nous prendre comme externe : nous conserverons toujours le meilleur souvenir de cette année pendant laquelle nous avons appris tant de choses.

M. Josias a bien voulu nous admettre l'année suivante comme externé dans son service de l'hôpital Trousseau et nous initier à la clinique infantile. C'est à lui, nous ne l'oublions pas, que nous sommes redevable de nos connaissances en cette matière si délicate et si utile.

Nous n'oublierons pas, non plus, l'année que nous venons de passer chez M. Brissaud, à Saint-Antoine, où il nous a été donné d'étudier plus spécialement les maladies du système nerveux.

Nous sommes heureux de témoigner ici, toute notre reconnaissance à notre cher maître, pour les nombreuses marques de sympathie qu'il a bien voulu nous donner.

En chirurgie, nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. Théophile Anger. Nous n'oublierons jamais les conseils, toujours pratiques, qu'il nous donnait au lit du malade dans son service de l'hôpital Beaujon.

C'est dans ce service que nous avons appris la chirurgie ; c'est là aussi que nous avons eu comme maîtres M. Lejars, dont nous conserverons toujours le meilleur souvenir, et M. Tuffier, auquel nous aurons une reconnaissance toute spéciale pour les leçons qu'il nous a données au début de nos études et pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée alors que nous avions cessé d'être son externe.

C'est à M. Tuffier que nous devons le sujet de cette thèse ; c'est lui qui nous en a fourni les éléments et qui nous a permis de publier les quelques observations que nous avons jugées intéressantes, nous tenons à le remercier ici publiquement et à l'assurer à nouveau de toute notre reconnaissance.

M. le docteur Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a bien voulu nous communiquer et nous autoriser à publier une observation très intéressante, qu'il reçoive ici tous nos remerciements.

Enfin, M. le professeur Berger a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

DIVISION. — ÉTIOLOGIE

Le sujet que nous avons choisi est un sujet dont nous voulons préciser les limites. Nous avons dit que nous avions l'intention d'étudier les hémorrhagies dans les hydronéphroses, mais nous voulons montrer par deux exemples ce que nous laissons volontairement de côté.

Il y a longtemps que l'on connaît les poches rénales à contenu hématique, et, au premier abord, l'observation de Thompson semblerait devoir rentrer dans ce cadre. Nous la citons *in-extenso*.

Thompson. — *Pathological society of London*, 1862, p. 128.

M. S..., dont je rapporte l'intéressante observation, eut recours à moi pour la première fois, le 21 mai 1856. Il souffrait beaucoup alors dans le côté gauche, dans la région du rein. On y pouvait constater une dilatation et une douleur à la pression des régions hypochondriaque, lombaire, et iliaque; il présentait tous les signes habituels d'une affection rénale. Le médecin me dit que le sujet

avait uriné, en une fois, plein un vase de nuit de liquide couleur de vin de Porto.

Comme je n'avais pas de raison de mettre en doute cette observation, comme il n'y avait pas urgence à intervenir, nous attendîmes et environ huit jours après, le sac se vida par les voies naturelles ; le malade se remit.

Le 28 novembre, il recommença à souffrir des mêmes symptômes qui augmentèrent d'intensité jusqu'au 27 janvier 1852. Alors, le côté étant plus gros et tendu, on percevait une vague fluctuation. Les douleurs étaient telles que je décidai une ponction avec le trocart entre les deux dernières côtes, près de leur extrémité antérieure. Je retirai environ huit quarts de liquide coloré en noir. C'est un fait singulier à signaler, qui nous sera peut-être expliqué par l'examen direct, que, peu de temps après la ponction, le liquide qui se reproduisit s'écoula par l'uretère.

Le malade se rétablit, mais il fut nécessaire de répéter l'opération le 1^{er} décembre 1852. A cette date, on retira plus de trois quarts de liquide et, comme auparavant, le sac se remit à se vider lui-même. Le malade se rétablit encore et n'eut besoin de ponction que le 24 mars 1860. Sept quarts de liquides furent enlevés ; nouveau repos jusqu'au 23 septembre 1861, où je fus appelé à le revoir. La douleur étant alors considérable, la maladie sembla progresser jusqu'au 5 octobre où, appelé subitement, je le trouve avec de la douleur dans tout l'abdomen, difficulté de miction, sueurs froides, respiration rapide, pouls petit, anxiété. Le côté droit du scrotum était distendu. Pas de hernie. On attribue ces signes à la rupture du sac. Calomel, opium, sel volatil, éther, camphre. Le traitement semble donner de bons résultats jusqu'au 10 octobre où le malade se trouva subitement plus mal et mourut.

Autopsie. — Preuves indéniables de péritonite ; intestins

agglutinés ; quantité considérable de liquide séro-purulent dans le pelvis ; trois pintes de liquide noirâtre furent retirées des régions de l'hypochondre et de l'épigastre droit, comparable à celui que renfermait le sac, que voici, et qui occupait la région lombaire gauche. L'uretère entre à la partie antérieure et inférieure du sac, et passe obliquement à travers les parois. Après avoir retiré au moins quatre pintes de liquide, je découvre un orifice du côté gauche où s'est faite la rupture ; y introduisant le doigt, je trouve un corps gros, calcaire ou crétacé. C'est probablement par l'obliquité de l'uretère, qu'on peut expliquer qu'il était comprimé lorsque le sac était plein, et libre, lorsqu'il était vide. Pas de calcul dans la vessie, pas d'obstruction de l'uretère. J'avais pensé, d'après l'histoire, à une lithiase rénale, mais je n'ai découvert aucun calcul à l'autopsie.

Nous éliminons de parti pris les cas dont cette observation serait le prototype, parce que rien ne nous permet d'affirmer que l'hydronéphrose était préexistante à l'hémorrhagie.

Voilà pour un premier ordre de faits. Il en existe d'autres, dont nous rapportons les observations au chapitre du diagnostic et M. Tuffier joint à l'une d'elles les réflexions suivantes : « Chez le malade que j'ai opéré, dit-il, les faits cliniques méritent bien le nom d'hématonéphrose intermittente, car ils sont constitués par le double syndrome suivant :

1° Rétention du sang dans le rein, douleur rénale, augmentation considérable du volume de la glande ;

2° Acet accident faisait suite une hématurie plus ou moins abondante avec diminution du volume du rein et indolence de l'organe.

C'est un très rare exemple de tumeur du hile du rein avec hémorrhagie se faisant du côté du bassinet et des calices, c'est-à-dire avec rétention urohématique. Cette anomalie est due au siège du néoplasme qui obstruait l'entrée de l'uretère. Cette obstruction devait être ancienne et il est très probable qu'elle a d'abord provoqué une rétention de l'urine aseptique dans le rein, véritable hydronéphrose, et ce mécanisme peut seul expliquer la distension énorme du rein, ces distensions exigeant, pour se produire, une obstruction incomplète de l'uretère. Ultérieurement cette uronéphrose s'est transformée en hématonéphrose par hémorrhagie du néoplasme dans l'intérieur de la cavité rénale préformée. »

Cette dernière phrase ferait rentrer ce cas dans le cadre de notre sujet si nous ne voulions pas étudier seulement les hémorrhagies dans les hydronéphroses que nous dirons simples.

Voici donc notre sujet bien limité. Une poche hydronéphrotique existant, quelles peuvent être les causes d'une hémorrhagie se faisant dans l'intérieur ?

Voici les données étiologiques qui nous sont fournies par deux observations :

Il s'agit d'hommes adultes, vigoureux, qui sont

soumis à un violent traumatisme ; mais le traumatisme, dans les hydronéphroses, produit des effets en rapport avec sa violence, voici une observation qu'a publiée Monprofit (d'Angers), fort intéressante à ce titre. Un adulte vigoureux, pris d'ébriété, est pressé fortement contre le rebord d'une table de billard. On le transporte à l'hôpital avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. Il a une tumeur volumineuse dans le flanc gauche, on fait la laparotomie et l'on trouve le rein éclaté sur son bord convexe. Après drainage du foyer, on pédiculise le rein et on l'enlève. Le malade guérit. A l'examen de la pièce, on s'aperçut qu'il existait un certain degré d'hydronéphrose, caractérisé par la dilatation du bassinet et des calices et l'amincissement rénal. »

Un traumatisme insuffisant pour faire éclater le rein, détermine l'hémorrhagie à l'intérieur de la poche.

Dans notre première observation, il s'agit d'un soldat qui, au gymnase, fait une chute en descendant de la barre fixe et tombe sur le côté droit. Dans la deuxième c'est un homme de trente-trois ans qui tombe d'un tramway.

Dans notre troisième observation, le traumatisme n'est intervenu que pour la formation de l'hydronéphrose elle-même.

Les accidents suivent de près le traumatisme. Dans un cas, la douleur persiste jusqu'à l'opéra-

tion où l'on trouve le liquide hématique ; dans l'autre, deux jours après, il y a une hématurie.

Dans notre troisième observation, qu'allons-nous mettre en cause ? Il y a bien eu traumatisme, mais il s'est produit 15 ans auparavant et les 27 ponctions consécutives ont toujours donné issue à du liquide clair. Ce n'est qu'au moment de l'opération que ce liquide apparut pour la première fois hématique.

Depuis quelques années, il a été publié de nombreux travaux sur les distensions urinaires et la thèse d'Escat, en particulier, traite des hémorragies dans ces distensions. A notre avis, la distension seule n'explique pas les hémorragies dans les hydronéphroses, car le nombre de ces tumeurs liquides à contenu hématique est infime comparé à celui des hydronéphroses à liquide citrin.

Notre maître, M. Tuffier, nous a parlé maintes fois de ces bassinets distendus et congestionnés. Dans deux cas de néphrectomie pour fistules urétero-vaginales justiciables de ce seul procédé et s'accompagnant de distension rénale par rétrécissement de l'uretère, notre maître a signalé des ecchymoses siégeant à la surface de la muqueuse du bassinets.

Nous admettons donc que la distension joue un rôle considérable en tant que prédisposante et que le plus léger traumatisme est à la fois nécessaire et suffisant pour produire l'hémorrhagie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, les uro-hématonéphroses ne présentent pas beaucoup de particularités à signaler. En effet, dans une hydro-néphrose donnée, s'il survient une hémorrhagie telle que la mort doive s'ensuivre rapidement si l'on n'intervient pas de suite, il ne se produit d'autre modification anatomique que l'augmentation de volume de la tumeur. Cependant, en compulsant nos observations, et en analysant les points spéciaux qui ont trait à ce chapitre, nous avons trouvé quelques caractères spéciaux qui méritent d'être relevés.

Quand on ouvre l'abdomen, ou quand on incise la région lombaire, le premier fait frappant signalé dans l'une de nos observations, c'est la vascularisation exagérée de l'atmosphère graisseuse du rein. Cette vascularisation, il est vrai, n'est pas, à beaucoup près, aussi développée que dans les cas de néoplasme du rein. C'est un fait sur lequel notre maître, M. Tuffier, a longuement in-

sisté dans plusieurs observations et en particulier dans celle qu'il a publiée à la Société de chirurgie et que nous citons au chapitre suivant de ce travail. Dans les cas de néoplasme, il y a une véritable prolifération vasculaire, les vaisseaux de nouvelle formation abondent, avec leur structure particulière et leur friabilité extrême : c'est ce qui nous explique les hémorrhagies abondantes qui accompagnent les tumeurs malignes.

Dans le cas qui nous occupe, au contraire, il n'y a pas de prolifération vasculaire, il existe seulement un accroissement de volume et d'importance des vaisseaux existant normalement, du vraisemblablement à la gêne circulatoire intra-rénale. La circulation tend alors à se rétablir grâce aux nombreuses anastomoses de la zone cellulaire qui enveloppe le rein.

Considérée en elle-même, la tumeur rénale se présente volumineuse, énorme : elle peut atteindre le volume d'une fois et demi une tête d'adulte.

Dans tous les cas que nous possédons, le rein était distendu dans sa totalité, il y avait donc uro-hématonéphrose totale ; il ne nous a pas été donné de rencontrer une dilatation partielle comme on en rencontre assez fréquemment dans le cas d'hydronéphrose simple, lorsqu'il existe un uretère double dont l'une des branches seule est oblitérée.

La tumeur, avons-nous dit, est volumineuse et se présente tantôt avec un aspect lisse, tantôt au

contraire elle est bosselée, ou bien encore revêt l'aspect d'une poire, à grosse extrémité tournée vers la périphérie, la partie amincie et allongée se continuant avec l'uretère.

La surface est blanche ou rosée, parfois gris rougeâtre. Cette coloration est due à la transparence de la paroi qui laisse apercevoir le liquide contenu à l'intérieur de la poche.

Fait important à signaler, les parois de cette poche sont peu vasculaires.

Dans deux de nos observations, cette poche hydronéphrotique occupait le côté droit de l'abdomen; immédiatement située sous le foie, elle faisait peu saillie en arrière dans l'échancrure ilio-costale, mais proéminait fortement à la région antéro-latérale de l'abdomen. De plus, et cela n'était pas pour faciliter le diagnostic, le colon que l'on est convenu de trouver entre la paroi abdominale et la tumeur établissant ainsi une zone sonore entre elle et la paroi, le colon, dis-je, était refoulé vers la ligne médiane, le long du bord interne du rein. De sorte que notre poche urohématique se trouvait en contact direct, sans aucune interposition, avec la paroi abdominale.

Dans l'observation que nous a communiquée M. Loison, la tumeur était telle et avait amené un tel déplacement du foie, que, en arrière, la percussion thoracique donnait de la matité à la base du poumon.

Si l'on cherche à isoler cette tumeur, tantôt, cela est assez facile, comme on peut le voir dans nos observations I et II, tantôt, au contraire, il existe d'assez fortes adhérences vasculaires, qui permettent difficilement l'énucléation. Parfois aussi on rencontre des brides fibreuses très solides au niveau des plaques calcaires que nous aurons à signaler dans un instant.

Examinons maintenant de plus près la poche et son contenu.

L'enveloppe, constituée par le parenchyme rénal refoulé, offre généralement une épaisseur de 3 à 4 millimètres, c'était le cas dans l'observation que nous a communiquée M. Loison. Dans l'observation de M. Tuffier, la paroi était plus épaisse. Le tissu rénal est accolé à l'enveloppe fibreuse du rein et il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'un ou à l'autre, de même qu'il est presque impossible aussi de les dissocier. La cavité circonscrite par cette enveloppe est tantôt très vaste; le plus souvent elle est incomplètement cloisonnée par des travées minces et fibreuses qui sont les colonnes de Bertin. Lorsque l'on a ouvert la poche, elles apparaissent sous formes de cloisons blanchâtres, lisses, assez résistantes : au contraire de la membrane d'enveloppe, elles sont vasculaires et saignent facilement et c'est là qu'il faut chercher la source de l'hémorrhagie qui vient modifier le liquide du début.

Chose remarquable, on trouve, par places, à l'intérieur de la poche hydronéphrotique, des plaques calcaires, rugueuses au toucher et de consistance assez dure. Ceci, à notre avis, n'est évidemment pas pathognomonique et les classiques ont souvent signalé dans les vieilles hydronéphroses la présence de plaques calcaires analogues, mais nous devons signaler leur présence dans trois des observations qui font la base de notre étude, parce que l'existence de ces plaques montre bien que nous avons affaire à de vieilles lésions antérieures, existant certainement avant le traumatisme qui a déterminé l'hémorrhagie.

L'examen microscopique de la poche permet de reconnaître ce qui suit :

« A la périphérie, il existe des travées de tissu conjonctif dense, épaisses, ne présentant en aucun point de tissu jeune. En dedans de cette paroi, on constate un tissu conjonctif, dense, au milieu duquel il est permis de distinguer des tubes glandulaires en petite quantité et des alvéoles renfermant des blocs de tissu conjonctif ainsi que quelques restes d'éléments analogues à ceux des glomérules de Malpighi. Les tubes urinifères sont à peu près dépourvus d'épithélium, quelques uns cependant sont assez bien conservés pour que l'on puisse affirmer que c'est du tissu rénal. »

M. le professeur agrégé Lemoine insiste à juste raison, sur ce point. Cette tumeur volumineuse,

contenant un liquide sanguinolent, aurait pu être, comme il le dit lui-même, prise pour un de ces kystes séreux ou séro-hématiques rétro-péritonéaux sur lesquels Narath a récemment appelé l'attention. La présence des éléments mêmes de la glande dans la paroi lève tous les doutes à ce sujet.

Voilà pour le contenant, voyons maintenant le contenu.

Le liquide renfermé à l'intérieur de la poche peut être en quantité très variable, généralement on en trouve quelques litres. A la rupture de la poche dans notre observation III, il s'écoula plusieurs litres de liquide. M. Loison retira lui-même trois ou quatre litres de la tumeur rénale qu'il opéra.

Tantôt ce liquide est limpide (Loison), tantôt au contraire, il est trouble (Tuffier). Sa couleur n'est pas moins variable. On l'a trouvé légèrement sanguinolent, tantôt noirâtre, tantôt couleur chocolat clair.

Sa densité diffère peu de celle de l'urine normale. Dans le cas rapporté par Fürbringer, elle était de 1012.

Nulle part nous n'avons trouvé signalée une odeur caractéristique à ce liquide et ce fait n'est pas à passer sous silence. On sait aujourd'hui que toutes les collections en rapport, même de simple contiguïté avec une partie quelconque du tube

digestif, sont le siège de fermentations qui leur communiquent une odeur caractéristique sur l'origine de laquelle on ne peut se méprendre.

Ici, rien de semblable, à l'ouverture de la poche à laquelle nous avons assisté, le liquide s'écoula sans que sa présence se trouvât révélée par une odeur particulière.

L'examen de ce liquide a fait rencontrer quelques traces d'albumine, mais en minimes proportions, quelquefois aussi on a trouvé des cristaux de phosphate de chaux. Mais ce qui est bien caractéristique et montre que l'on a affaire à une hématurie et non à une hémoglobinurie comme le diagnostic avait été fait dans un cas, c'est que l'on trouve des globules rouges et blancs. Par suite du séjour du sang dans la cavité rénale, ces globules avaient subi les modifications morphologiques qui caractérisent les épanchements anciens. Ils étaient en effet, profondément déformés, crénelés, rétractés.

Il nous faut maintenant dire un mot de ces dépôts calcaires, véritables plaques de blindage, que l'on trouve signalés dans nos observations. On les rencontre à la partie la plus déclive de la cavité, leur consistance est celle de dépôts durs, analogues à ceux que l'on rencontre à l'origine de ces aortes athéromateuses. Parfois le doigt promené à leur surface rencontre des aspérités tranchantes, le plus souvent, leur surface est lisse, mamelonnée, simplement rugueuse.

Leurs dimensions sont variables aussi, parfois on ne trouve que de petits dépôts disséminés sans rapports entre eux, d'autres fois au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, ils forment des amas, de la largeur d'une pièce de 5 francs argent (Loison). Dans l'observation que M. Tuffier nous a communiquée et dont nous avons eu la pièce entre les mains, la masse calcaire, dure, rugueuse, avait une étendue encore plus considérable. De forme irrégulière, vaguement losangique, elle mesurait à peu près 10 centimètres dans son plus grand diamètre et 5 dans son plus petit.

Nous en aurons fini avec l'anatomie pathologique, quand nous aurons étudié ce que devient l'uretère dans les cas que nous signalons.

Dans l'une de nos observations, l'uretère n'avait pu être retrouvé dans le cours de l'opération. Une fois la poche enlevée, l'examen de la pièce devint plus facile et montra l'orifice supérieur placé au sommet d'un petit tubercule. Il n'était pas oblitéré mais très rétréci et n'admettait qu'un très fin stylet (Loison.)

Dans une autre, l'uretère dilaté se confondait avec les parois même de la poche et il ne fallut rien moins qu'une dissection attentive de la poche pour le retrouver. L'oblitération d'ailleurs était complète, et le stylet introduit buttait contre un obstacle infranchissable, cause première de la distension urinaire (Tuffier). Dans l'observation de

Fürbringer, l'uretère était du calibre de l'intestin d'un enfant et de plus était très tortueux. Malgré les recherches, on ne découvrit pas d'anomalies d'insertion, pas d'obstacle valvulaire.

Mais ce qui est de beaucoup plus intéressant et ce qui démontre bien qu'en dehors du cas de l'observation III où cliniquement on a assisté à la transformation du liquide citrin en liquide urohématique, et qui montre que dans les deux autres il y avait bien une véritable hydronéphrose avant le traumatisme, c'est que les reins du côté opposé présentaient tous les caractères des reins hydronéphrotiques. Dans l'observation II, à gauche, le rein était hydronéphrotique, dans l'observation III, le rein du côté opposé à la poche hématique était hypertrophié, le bassinet fortement dilaté et distendu par l'urine ; l'uretère de ce côté était rétréci et ne laissait pas passer la sonde canelée. Ceci, à notre avis est la démonstration péremptoire de l'existence primitive d'une hydronéphrose ordinaire.

SYMPTOMES

Il en est des symptômes de l'urohémationéphrose comme de l'anatomie pathologique : il n'y a que quelques points particuliers à signaler.

Le début est très variable. Dans notre observation I (Loison), le malade, jeune soldat bien constitué, mais ayant toujours eu le thorax déformé à sa base, du côté droit, ressentit immédiatement après sa chute de la barre fixe, une douleur assez vive dans ce même côté, mais cette douleur n'avait vraisemblablement pas une grande intensité, puisqu'elle ne l'empêcha pas de continuer son service pendant les jours qui suivirent.

Dans l'observation de Fürbringer, au contraire, les accidents du début sont plus marqués. Immédiatement après sa chute, le malade ne peut uriner et présente, dit-on, de la tuméfaction du foie. Deux jours après, seulement, il a une hématurie et pendant six mois, chaque fois qu'il se refroidit ou qu'il prend une boisson fraîche ou glacée, il a une crise caractérisée par des émissions d'urine

sanguinolente, des douleurs, de la tuméfaction de la région hépatique et un abattement extrême. Une hématurie ramène la santé.

Dans notre observation III, rien de semblable. A la suite d'une chute, on constate la présence d'un hydronéphrose qui jusque là était passée inaperçue. Progressivement, la tumeur s'accroît de volume, et pendant 10 ans, on est obligé de faire de nombreuses ponctions qui donnent issue à du liquide citrin. C'est d'une façon insidieuse, sans aucun phénomène important, que la transformation du liquide s'opère, sans gêne, sans trouble de l'appareil digestif, jusqu'au moment où le malade, gêné par cette masse volumineuse qu'il porte dans le flanc droit, se décide à se faire opérer neuf années après la dernière ponction. Le liquide retiré est alors franchement hématique.

On le voit, la symptomatologie du début est loin d'être nette ; voyons maintenant, si de l'examen du malade, nous tirerons des renseignements plus précis et plus capables de nous mettre sur la voie du diagnostic.

Nous nous trouvons généralement en présence de malades bien constitués, pas amaigris, ne présentant aucun symptômes généraux. La température est normale, le pouls est régulier, égal, fort.

Les signes urinaires sont fort variables. Tantôt l'hurohématonéphrose est intermittente et nous

assistons, comme dans l'observation II, à des émissions passagères d'urine sanguinolente.

Tantôt, au contraire, nous avons affaire à un malade ne présentant aucun trouble du côté de ses fonctions urinaires. Il n'a pas de débâcle intermittente (observ. I), l'émission d'urine se fait régulièrement, en quantité un peu moindre (600 grammes dans l'observat. III). L'urine émise est jaune et très claire. Donc là encore, rien de caractéristique. Mais ce qui est constant, c'est l'existence d'une tumeur rénale.

L'examen du malade doit être pratiqué avec méthode. L'inspection montre que tout le côté droit est augmenté de volume. Tantôt c'est une dilatation générale de tout le côté, abdomen et thorax, comme dans l'observation I. Tantôt on aperçoit dans la moitié droite de l'abdomen, une saillie hémisphérique, s'étendant du rebord costal à la crête iliaque et de trois centimètres de l'ombilic au flanc droit.

Un point important à signaler est le suivant : la peau qui recouvre la tumeur conserve généralement son aspect habituel et ne présente aucune altération. Il n'y a pas d'œdème du tissu cellulaire sous cutané, à peine existe-t-il un certain degré de dilatation du réseau veineux.

La palpation pratiquée avec douceur et en faisant placer le malade, afin d'obtenir le relâchement le plus complet des parois, permet de recueillir

lir des renseignements importants. Pour cela, on fait placer le malade dans le décubitus dorsal, la cuisse légèrement fléchie, la bouche ouverte et aspirant largement. Si alors, à l'aide d'une main placée dans l'échancrure ilio-costal, on repousse en avant le plan résistant que l'on sent et si, de l'autre, on plonge lentement et progressivement sous le rebord costal, on arrive alors à sentir une masse appréciable entre les deux mains, allant à la rencontre l'une de l'autre. On délimite alors de la sorte les contours d'une tumeur à surface lisse, se perdant en haut sous le rebord costal, descendant en bas, plus ou moins près de l'épine iliaque antérieure et supérieure et se continuant en arrière sans limites précises à la région lombaire. L'épaisseur à cet endroit de la masse musculaire, resserrée au milieu de nombreuses aponévroses ne permet pas une palpation bien nette.

Dans l'observation III, nous voyons que la palpation est assez difficile et ne permet pas de circonscrire la tumeur. Dans ces cas, on comprend à quelles erreurs de diagnostic on s'expose : un empâtement de la région rénale précédé d'un traumatisme, résulte souvent du passage de l'urine et du sang dans l'espace celluleux périrénal. Notre collègue et ami Dordonnat a bien étudié ces épanchements périrénaux dans sa thèse inaugurale de 1896. Mais alors, on ne perçoit plus à la

palpation cette tumeur globuleuse, irrégulière parfois, lisse le plus souvent, que forme le rein distendu.

La percussion n'est pas non plus sans nous fournir des signes de haute importance, mais qu'il faut bien savoir interpréter. Dans l'observation I, on constate que la matité hépatique remonte à peine à deux travers de doigt au dessus des fausses côtes et qu'elle se continue en bas, sans interruption avec la tumeur. Au contraire, dans l'observation III, la matité hépatique se trouve nettement séparée de la matité de la tumeur.

En avant, dans tous les cas qu'il nous a été donné d'examiner, la tumeur venait se mettre directement en rapport avec la paroi abdominale antérieure sans aucune interposition de viscères. C'est dire que la percussion de la tumeur, sur sa face antérieure, loin de donner de la sonorité comme on pourrait le penser, par suite de la présence du colon en avant du rein, donne de la matité franche. Nous avons vu, en effet, en étudiant l'anatomie pathologique, que le colon, dans tous les cas que nous rapportons, était refoulé à la partie interne de la tumeur, se rapprochant de la ligne médiane.

Si maintenant, nous cherchons à nous rendre compte de ce qu'est cette tumeur, nous constatons qu'elle est assez mobile sous la peau et sur les parties profondes. Il est assez difficile cependant de la

mobiliser transversalement et l'on sent un pédicule qui la relie aux parties avoisinantes. La pression à son niveau, ne révèle aucune douleur vive, à peine le malade accuse-t-il quelques vagues tiraillements vers le testicule du même côté ou le plus souvent dans la paroi latérale de l'abdomen. La compression des nerfs par la masse hydronéphrotique nous en fournit suffisamment l'explication, sans qu'il soit utile d'insister.

Une fois la présence de la tumeur reconnue, il fallait savoir si l'on avait affaire à une tumeur liquide ou à une tumeur solide. Dans deux de nos observations (I et III), la sensation de flot était parfaitement perçue par une main appliquée sur la tumeur, pendant que l'autre cherchait à lui imprimer des mouvements brusques. Dans l'autre observation que nous publions, la tumeur au contraire était dure et non fluctuante, de consistance ligneuse, et l'on conçoit que dans ce cas le diagnostic ait été hésitant.

Tels sont les symptômes physiques auxquels donnait lieu la présence de ces tumeurs chez nos malades. A part le cas de Fürbringer, les signes fonctionnels étaient nuls. Dans l'observation que nous empruntons à ce dernier auteur, les douleurs se montraient vives, intenses et la tumeur augmentait de volume durant le temps que les urines étaient claires. Bientôt survenait une débâcle uro-hématique, en tous points semblable à celle qui

survient dans les hydronéphroses intermittentes et tout rentrait dans l'ordre, la tumeur diminuait de volume, les douleurs disparaissaient. Dans les deux autres observations que nous publions, dans l'une le malade accusait des phénomènes thoraciques assez intenses pour nécessiter son transport à l'hôpital où un examen attentif permit de découvrir la cause exacte de ses douleurs (Obs. I). Il n'eut jamais de débâcles sanguinolentes, si ce n'est après que l'on eut pratiqué une première ponction.

L'autre malade, qu'il nous a été possible d'examiner de près et de surveiller pendant plusieurs jours, n'avait jamais eu d'urines hématiques. Les seuls troubles fonctionnels qu'il remarqua semblaient dûs à la présence de cette tumeur volumineuse qu'il remarquait dans son flanc droit, nécessitant de temps à autre des ponctions et le gênant dans ses occupations, principalement lorsqu'il voulait se livrer à un exercice.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

Des quelques observations que nous possédons, il ne nous est pas possible de tirer des conclusions sur l'évolution des hydronéphroses se compliquant d'épanchement sanguin dans l'intérieur de leur cavité. Les malades faisant l'objet de nos observations I et III ayant demandé à être opérés, il n'a pas été possible de suivre l'évolution de l'affection. Le malade de Fürbringer est le seul, que nous sachions, chez lequel on a eu le loisir de suivre la marche des accidents.

Après six mois de vives douleurs, semblables à celles que nous avons décrites, le malade fut pris de crises de plus en plus rapprochées. L'état général devint très mauvais, le malade était très abattu et presque agonisant. Le coma survint rapidement avec un léger délire au début, puis la mort survint avec tout le cortège symptomatique de l'urémie.

Ceci nous semblerait être la terminaison normale des malades que nous étudions. En effet, dans le

cas d'hydronéphrose congénitale, souvent double, le malade ne se maintient que grâce au bon fonctionnement de ses deux reins ou plutôt de ce qui reste apte à fonctionner dans chacun de ses reins : c'est pour ainsi dire un minimum nécessaire qui peut suffire tant que le tissu de sclérose ne s'est pas étendu au-delà d'une certaine limite ; mais qu'il survienne un accident, et dans le cas particulier c'est l'hémorrhagie, en dehors de la perte de sang qui par elle seule peut être déjà inquiétante, l'autre rein ne peut plus suffire à lui seul à l'élimination des toxines urinaires et le malade est emporté par sa propre intoxication.

Nous laisserons de côté, comme tout à fait en dehors de notre sujet, l'infection de la poche urohématique. Il y a alors pyonéphrose, avec tous les symptômes bien connus de cette affection.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hémorrhagie se faisant dans une hydronéphrose est souvent impossible. En effet, comme on le voit par nos observations, on se trouve en présence de l'un des deux cas suivants : ou bien, les malades sont simplement porteurs d'une tumeur abdominale, ou bien à cette tumeur vient s'ajouter le syndrome hématurie.

En présence d'une hématurie, il est élémentaire d'éliminer l'hémoglobinurie qui a été incriminée dans une de nos observations. Dans ce cas, le simple examen du sang faisant trouver des globules rouges lève tous les doutes.

Si l'on trouve une tumeur abdominale, une série de questions se pose. Y-a-t-il hémorrhagie rénale? Cette hémorrhagie se fait-elle dans un bassin distendu? ou mieux en suivant les étapes cliniques, la tumeur que l'on a sous les yeux est-elle une tumeur rénale liquide et le liquide est-il hématique?

Répondre à la première de ces questions : la

tumeur est-elle rénale? n'est pas aussi facile que l'on pourrait le supposer à *priori* et nombreux sont les exemples d'erreurs grossières de diagnostic commises à ce sujet. Le siège de la tumeur à droite sous le foie, a pu longtemps en imposer dans l'une de nos observations pour un kyste hydatique développé aux dépens de la face inférieure du foie, d'autant plus que si dans l'un de nos cas la délimitation se faisait bien nettement entre la matité hépatique et celle de la tumeur, dans l'autre, au contraire, les zones de matité se continuaient sans interposition de régions sonores.

De même la présence de la tumeur immédiatement en arrière de la paroi abdominale antérieure a pu la faire prendre pour une dilatation kystique de la vésicule biliaire. Il est en effet un point sur lequel nous avons déjà insisté, c'est l'absence en avant de la tumeur de cette zone sonore due à la présence du colon dilaté et refoulé au-devant de la masse entre elle et la paroi abdominale. Dans tous les cas que nous rapportons, et dans ceux où l'on est intervenu, on a trouvé le colon refoulé vers le bord interne du rein ; rien d'étonnant par conséquent à ce que la zone sonore ait fait défaut.

Il nous semble donc que l'on devra se baser pour faire le diagnostic de tumeur rénale, sur la forme même de la poche, sa situation, son peu de

mobilité transversale et enfin sur la présence d'un pédicule auquel elle paraît suspendue.

Quand à savoir si le contenu est liquide, l'examen du malade nous donne à ce sujet peu de renseignements. Nous voyons en effet dans l'une de nos observations que la tumeur était dure, résistante, non-fluctuante et cependant l'ouverture de la poche laissa échapper un liquide franchement hématique. Dans les autres cas toutefois, la palpation bien pratiquée fit nettement sentir la sensation du flot : le doute alors n'était pas permis et l'on pouvait affirmer la présence du liquide dans la tumeur rénale.

Il reste à déterminer maintenant si le liquide contenu est hématique. Sur ce point l'examen des urines, la ponction et le cathétérisme de l'uretère peuvent seuls nous fournir les renseignements désirés.

L'examen des urines est très utile et entraîne la conviction, lorsque, comme dans notre observation II, il y a douleur et tumeur et que l'apparition d'une hématurie amène en même temps la cessation des accidents douloureux et la diminution de volume de la tumeur : ceci est extrêmement net et est à rapprocher de l'hydronéphrose intermittente où l'on voit les phénomènes diminuer et même disparaître chaque fois que la poche se vide.

Mais dans deux de nos observations (I et III) la

poche ne se vidait pas ; pas d'hématuries intermittentes coïncidant comme dans le cas de Fürbringer avec de la tuméfaction et de la douleur à la région lombaire. Seule la tumeur existe ; les urines émises sont de qualité normale, renferment quelques traces d'albumine mais pas traces de globules sanguins frais ou diformés. On conçoit dès lors que la possibilité d'affirmer le caractère hématique de l'épanchement soit moindre.

Dans l'observation 1, le cathétérisme fut tenté une fois par M. Albarran, mais sans résultat ; cependant, nous devons reconnaître que lorsque ce mode d'exploration sera passé dans la pratique il rendra de réels services et il sera tout à fait indiqué, à condition, cela va sans dire, que l'urètre soit perméable, car il est moins dangereux que la ponction et n'expose pas le malade à des accidents analogues à ceux que M. Loison a signalés chez son malade à la suite de la ponction de la tumeur à l'aide du trocart. La ponction, en effet, donne des renseignements très utiles et présente de moindres inconvénients si on la pratique par la voie lombaire, mais pour employer cette voie, il faut être certain d'avoir affaire à une tumeur du rein et ce n'est pas toujours le cas, puisque la ponction fait faire en même temps le diagnostic et de la nature du liquide et du siège de l'affection.

A l'aide de ces différents moyens, ayant reconnu et le siège de la tumeur et la nature de son con-

tenu, il nous faut maintenant reconnaître la cause première de l'urohémationéphrose. Disons de suite qu'il faut penser à deux choses :

1^o) L'urohémationéphrose que nous dirons simple ou traumatique.

2^o) L'urohémationéphrose cancéreuse.

Voici deux exemples fort intéressants d'urohémationéphrose cancéreuse que nous devons à l'obligeance de notre maître M. Tuffier. L'un est inédit, l'autre a été communiqué à la société de chirurgie dans la séance du 28 novembre 1894.

OBSERVATION

Publiée dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* au compte rendu de la séance du 28 novembre 1894, par M. Tuffier.

Pr... (Jacques), jardinier, 65 ans, entre le 1^{er} juillet, pavillon Dolbeau, n^o 3, hôpital Beaujon. C'est un homme maigre, assez vigoureux, qui nous est adressé pour une hématurie persistante.

Ayant toujours eu une santé parfaite, il fut pris très brusquement sans cause appréciable et sans phénomène prémonitoire, d'une hématurie, il y a trois mois.

C'est par hasard, le matin, qu'il s'aperçut que son urine était colorée en rouge et déposait des caillots noirs. Cet accident persiste, sans interruption complète, mais avec une intensité variable depuis cette époque. Il n'y eut aucun autre trouble physique ou fonctionnel du côté

des voies urinaires. Il y a un mois seulement, il comença à ressentir, dans la région du flanc droit, quelques douleurs, sorte d'endolorissement avec pesanteur de ce côté. Les allures des douleurs et de l'hématurie furent assez remarquables. C'est pendant la nuit, alors que l'hématurie était le moins abondante, que le malade souffrait le plus. Dans la matinée, quand les urines étaient beaucoup plus foncées, les douleurs disparaissaient. De même, le malade ayant à deux reprises essayé de remédier à ces accidents par le simple repos au lit, le sang disparut presque des urines pendant toute la période de repos pour reparaitre avec la même abondance lorsqu'il reprenait son travail.

Nous avons pu, par nous-mêmes, constater ces phénomènes.

Nous avons maintenu le malade, à son entrée à l'hôpital pendant trois jours au lit, et nous avons vu les urines devenir simplement rosées; mais l'examen micrographique a toujours révélé la présence de globules sanguins.

En même temps, les douleurs devenaient plus vives. Depuis le début de ces accidents, cet homme a notablement maigri, perdu ses forces; c'est ce qui l'a engagé à entrer à l'hôpital.

L'urine alors examinée est en quantité normale (1.600 gr. dans les vingt-quatre heures), sa coloration est rouge-foncé; elle dépose un caillot noirâtre au fond du bocal.

Par décantation, on voit que ces caillots sont formés par dépôt après l'émission de l'urine; il n'existe aucun long filament qui rappelle les coagulations moulées de l'uretère et d'ailleurs, le malade n'aurait jamais rendu aucun caillot de ce genre. L'examen de la prostate et de la vessie est négatif. On trouve dans la région lombaire droite une tuméfaction volumineuse, très nettement appréciable par

la palpation abdominale et plus nette encore par le palper bimanuel. Elle descend jusqu'à mi-chemin entre la crête iliaque et l'ombilic ; en haut, elle se perd sous les fausses côtes. Elle remplit tout l'hypochondre et affleure en dedans à une ligne située à trois centimètres de la ligne médiane. Ses contours sont bien arrondis, Elle est ferme, résistante, lisse, sans bosselure, indolente à la pression, peu mobile, aussi bien transversalement que dans le sens antéro-postérieur.

Elle est nettement au contact de la région lombaire. La percussion fait constater de la sonorité à la partie postérieure. En avant, une bande de sonorité la sépare de la matité hépatique.

Le reste de l'abdomen ne présente aucune induration, et tout le reste du corps, très minutieusement examiné, ne présente aucun stigmate de néoplasie ganglionnaire. Le système artériel est même d'une intégrité remarquable, étant donnés l'âge et l'aspect du malade.

Dans ces conditions, j'ai pensé que le diagnostic devait être circonscrit entre un calcul du rein et un néoplasme. J'éliminai l'hypothèse d'un calcul, en me basant sur les allures de la douleur, l'absence de tout antécédent lithiasique et la persistance de l'hématurie. Toutefois, l'examen clinique nous montrant que le repos diminuait l'abondance de l'hémorrhagie, nous aurions pu garder un doute à cet égard, si nous ne savions que cette influence du repos et du mouvement, si nette, en général, dans les calculs de la vessie, est beaucoup moins caractéristique dans les régions rénales, et si, d'autre part, nous n'avions constaté directement un phénomène remarquable : pendant que le malade était en observation, nous constatâmes que son hématurie diminuait, mais sa tumeur augmentait de volume, absolument comme s'il y avait une rétention de sang dans le rein. De plus, l'indolence

était complète dans les efforts et dans la marche, et, par la percussion de la tumeur on n'amenait aucun phénomène douloureux. Je portai donc le diagnostic néoplasme du rein et j'attribuai sa fixation complète dans la région lombaire probablement à une sclérose péri-rénale.

En tous cas, les accidents étaient tels et les lésions si nettement localisées que je crus devoir recourir à une intervention.

Le 5 juillet, je pratique la néphrectomie par la voie lombaire. Le rein étant très peu mobile et très haut placé, je fais une incision très oblique, parallèle à la XII^e côte et à un travers de doigt au dessous. Cette incision partant de la onzième côte arrive jusqu'à trois travers de doigt en dehors du muscle grand droit.

Les différents plans musculaires incisés, je trouve une capsule graisseuse légèrement sclérosée, mais très vasculaire, comme je l'ai signalé dans les cas de néoplasmes du rein. Je ne saurais mieux comparer son aspect qu'à celui d'un épiploon congestionné et sillonné de grosses veines. Je décortique facilement toute la face libre de la glande jusqu'au niveau du hile. Là, je sens du côté du rein, une induration irrégulière dont la consistance me rappelle celle d'une tumeur. En haut, le rein remonte derrière les fausses-côtes ; il est doublé de volume. Après l'avoir isolé et avoir largement écarté mon champ opératoire, je constate que la glande est violacée, amincie, nettement fluctuante, surtout dans son tiers moyen. Cette fluctuation était tellement évidente, que je pus apprécier la très faible épaisseur de l'écorce rénale qui me séparait de la collection liquide. Avant de passer outre, je résolus d'ouvrir cette cavité, ne voulant pas m'exposer à sacrifier un rein qui eut pu être conservé.

J'incise l'organe sur le bord convexe et aussitôt une énorme quantité de sang noir mélangé de quelques

petits caillots fit irruption dans le champ opératoire, avec une abondance telle que je crus à la blessure d'une énorme veine et que je pinçais de suite entre mes doigts le pédicule vasculaire du rein, mais cet écoulement s'arrêta spontanément.

Je diminue progressivement la pression que j'exerçais sur le pédicule vasculaire et je constate qu'il ne s'écoule plus de sang ; l'hémorragie était donc bien due à la seule ouverture de la poche et c'était son contenu sanguin qui avait fait irruption au moment où j'incisais.

Le rein revient sur lui-même, prenant l'aspect d'une poche peu tendue. J'introduis le doigt à travers mon incision et j'explore sa cavité. Je trouve une surface analogue à celle d'une hydronéphrose sillonnée de colonnes suivant la forme et la distribution des calices.

Je sens ainsi, au niveau du bassin, une infiltration dure, néoplasique, irrégulière, d'un volume d'une noix, et je m'assure que non seulement le bassin, mais toute la région voisine du rein est envahie.

Dans ces conditions, l'ablation de la glande et du néoplasme était le seul parti à prendre puisque la lésion siégeait au niveau du hile. Pour ce faire, j'aurais certainement recouru au morcellement qui, étant donnés le peu d'épaisseur et la sclérose de la poche rénale, eut été indiquée si la facilité relative sur laquelle je comptais pour extirper d'un seul coup la tumeur et si le désir de posséder la pièce complète ne m'eût engagé à l'extirper d'un seul tenant. Je libère complètement les deux extrémités de la glande, je dégage bien exactement tout le hile, j'applique une première pince sur l'uretère que je sectionne assez bas.

Au niveau du vasculaire, je tombe sur une masse de tissu cellulaire absolument scléreuse et dure qui ne me

paraissait pas contenir de ganglions. J'applique deux nouvelles pinces sur les vaisseaux et j'enlève le tout.

Cette masse scléreuse m'engage à laisser les pinces à demeure, contrairement à mon habitude en cas de néoplasme.

Je crois que les vaisseaux du hile doivent être plus ou moins étranglés dans cette gangue, que peut-être leur paroi sclérosée est friable, si bien que la constriction d'un fil de soie serait capable de couper les vaisseaux.

Fermeture de la plaie en étage, pansement iodoformé et ouaté, enlèvement des pinces au bout de quarante-huit heures sans aucun incident. Aucune suite opératoire.

Les quantités d'urine émises ont été de :

Le 1 ^{er} jour.....	400 grammes
Le 2 ^e —	600 —
Le 3 ^e —	1.100 —
Le 4 ^e —	1.000 —
Le 5 ^e —	1.000 —
Le 6 ^e —	1.000 —

Elles ne contiennent ni sang ni éléments anormaux.

Le rein enlevé présente un volume double de celui du rein normal ; sa surface est lobulée, le hile est déformé par une tumeur qui pénètre dans le bassin, les calices sont très distendus mais d'aspect lisse et normal, comme dans les hydronéphroses, le parenchyme rénal est réduit à une coque de quelques millimètres au niveau de la partie moyenne du bord convexe.

La région du hile est envahie par une tumeur dure ayant le volume d'une grosse noix ; elle occupe exactement la région rénale du hile et le bassin.

Le sang contenu dans la poche rénale recueilli avant son ouverture et examiné au laboratoire de l'hôpital par M. le docteur Papillon, chef du laboratoire et par M. Lévi,

interne du service, a été reconnu après examen etensemencements, complètement stérile.

L'examen histologique pratiqué par M. Lévi, a porté sur les différents fragments du rein. Au niveau de la tumeur, la structure du rein est très modifiée par la présence de boyaux épithéliaux, d'épithélioma tubulé. On voit de ces trainées épithéliales au milieu du tissu conjonctif. En certains points, on peut voir l'envahissement du gloméral se faire par le tube urinifère qui en part. Un certain nombre de branches artérielles sont envahies et leur cavité rétrécie.

A un fort grossissement, on constate que les cellules sont cylindriques. Quelques-unes sont des cellules en raquette typiques.

Au milieu d'elles, il y en a qui semblent dégénérer.

Coupe au niveau du hile, au voisinage de la tumeur. — Au niveau, il y a des vaisseaux dilatés atteints d'endarterite. Le tissu conjonctif intestinal est très développé; il y a hypertrophie des colonnes musculaires du bassinet et du tissu élastique. A ce niveau, on commence à voir apparaître les productions épithéliales.

Les suites opératoires furent simples. Quinze jours après, le malade sortait guéri.

Six semaines après, le malade succombait avec tous les signes de la bronchopneumonie.

Autopsie. — Du côté du rein enlevé, on trouve une masse extrêmement dure, fibreuse, très adhérente au muscle psoas-iliaque dont on enlève les fibres en essayant de la disséquer. L'uretère droit se perd dans ce tissu et on ne peut le retrouver qu'en le disséquant en partant de la vessie. En haut, il est complètement englobé dans une masse fibreuse.

Le rein gauche n'a pas de néoplasme. Un peu congestionné.

La vessie est normale ainsi que l'uretère gauche.

Le foie, un peu augmenté de volume, surtout au niveau du lobe gauche, présente à sa surface convexe une dizaine de petits noyaux de la grosseur d'une lentille, de cancer secondaire.

Rate normale.

Granulations tuberculeuses, sans cavernes aux poumons.

Au cœur on note un léger athérome valvulaire.

La deuxième observation d'urohématonéphrose d'origine cancéreuse, que nous devons aussi à l'obligeance de M. Tuffier, concerne un médecin de province.

La voici, à peu près in extenso : Né en 1851, ce confrère était de constitution robuste, n'accusant que de fréquentes céphalalgies frontales sans vomissements. Après différents séjours aux colonies et dans des villes plus ou moins malsaines au point de vue hygiénique, il rentre en France, n'accusant aucun trouble urinaire ni aucune douleur du côté du rein.

Au mois de juillet 1893, le soir, au moment de se mettre au lit, il ressent une douleur assez peu vive, partant du rein droit et allant à l'épine iliaque antéro-supérieure, se propageant de là au testicule droit où il avait constaté un varicocèle depuis plusieurs années déjà. Après un certain temps, cette douleur disparut et la nuit fut bonne. Le lendemain matin, au réveil, le malade ne remarque rien d'anormal, il se sent aussi bien que

d'habitude et il a complètement oublié la douleur de la veille, quand sa femme lui fait remarquer que les urines qu'il vient de rendre sont tout à fait noirâtres. Examinées, ces urines renferment de l'albumine.

Le malade se met au régime lacté absolu, mais il constate bientôt que ses forces diminuent d'une façon très appréciable en même temps que l'amaigrissement apparaît très sensible. En janvier 1894, un soir également, la douleur reparaît avec plus d'intensité qu'au mois de juillet précédent. Elle occupe la région lombaire droite et s'irradie vers le testicule. Fatigué de souffrir et de circuler dans sa chambre, le malade se fait une injection de morphine de un centigramme. Il s'endort quelques minutes après, mais au bout d'une heure, peut-être, il se réveille en sursaut, la figure pâle, les bras se jetant de tous côtés, il perd connaissance.

Après être resté quelques minutes dans cet état, le malade revint vite à lui, mais il éprouva aussitôt un impérieux besoin d'uriner. Les urines émises étaient alors très foncées et en même temps le malade sentit une masse assez grosse et paraissant molle, franchir le canal de l'urèthre et tomber dans le vase avec un bruit assez net. Une période de prostration suivit l'émission de ces urines sanguinolentes.

Mais en même temps que s'était produite cette

dernière crise, le malade avait très bien senti dans le flanc droit, une tuméfaction volumineuse se développer. La peau était chaude, douloureuse à la pression. Le malade se croyait atteint d'une lésion inflammatoire de la région à marche rapide.

Toujours souffrant et incapable d'aucun travail, le malade vient à Paris. Par le repos, les douleurs cessent un peu, les forces reviennent, mais les urines renferment toujours de l'albumine, près de 2 grammes par litre.

Les urines émises à la quantité de 15 à 1800 grammes en 24 heures, sont de couleur normale et de réaction acide, leur densité est de 1020 grammes, elles ne renferment pas de trace de sucre. Quant à l'urée et à l'acide urique, ces éléments sont en quantité normale.

Mais bientôt, après un voyage assez long en chemin de fer, le malade à son lever, émet des urines noirâtres, analogues à celles du mois de juillet 1893. Examinant alors la masse tombée au fond du vase, il constate que c'est un énorme caillot sanguin, ayant la forme d'une grosse sangsue ramassée en olive, avec des stries transversales. Par la suite, les hématuries ne se reproduisirent pas, mais la tumeur alla toujours en augmentant de volume, si bien qu'au mois de mai 1896, le malade se décida à se faire opérer.

A l'examen du malade, on constate une volu-

mineuse tumeur occupant la région lombaire du côté droit. La palpation délimite assez bien les contours de cette masse qui paraît lisse, sans bosselures. On ne perçoit pas de fluctuation bien nette. La palpation ne réveille pas de douleurs vives, comme celles du début des accidents, c'est plutôt un endolorissement général de la région et la tumeur gêne plutôt par sa présence.

L'ouverture de la poche laissa échapper une quantité abondante de liquide uro-hématique, noirâtre, contenant quelques caillots : comme dans l'observation précédente, on crut avoir ouvert quelque vaisseau important, mais le doute ne persista pas et bientôt la poche vidée laissa voir une masse bourgeonnante, saignant dans l'intérieur de la cavité et ayant dû au début provoquer une stase de l'urine aseptique. Plus tard la rétention d'urine s'était compliquée d'hémorrhagie secondaire, c'est ce qui avait donné lieu à l'apparition de la poche uro-hématique. On avait dans ce cas évidemment affaire à une tumeur ayant oblitéré l'uretère et les suites opératoires, montrèrent que l'on ne s'était pas trompé. La poche drainée continua à donner du liquide pendant quelque temps et peu de mois après, le malade était emporté au milieu du cortège habituel de la cachexie cancéreuse.

On voit, par ces exemples, combien le diagnostic est parfois difficile, pour ne pas dire impossible. Car s'il est permis, quelquefois, de ne pas

mettre en doute l'existence d'une tumeur rénale, le plus souvent on ne peut avoir que des présomptions sur la nature du liquide contenu, et si ce liquide est hématique, sur la cause de l'hématurie.

Cependant, la constatation depuis un certain nombre d'années, même en l'absence de tout trouble urinaire, d'augmentation de volume de la région lombaire s'accompagnant de la présence d'une masse arrondie et plus ou moins dure dans cette même région, la marche lente et progressive de la maladie qui peut passer longtemps inaperçue et ne se révéler qu'à la faveur d'un traumatisme, enfin le traumatisme lui-même, tout cela plaide en faveur d'une hydronéphrose se compliquant d'un épanchement de sang dans sa cavité.

Mais si au lieu de ce cortège symptomatique nous nous trouvons en présence d'un homme d'un certain âge déjà, présentant des douleurs s'irradiant en ceinture et jusque dans le testicule, s'accompagnant d'amaigrissement, de teinte terreuse de la peau, si de plus, à la palpation nous constatons une tumeur abdominale plus ou moins résistante, arrondie, peu mobile dans le sens transversal, il nous faudra penser à une tumeur maligne occupant le hile du rein et venant par sa présence obstruer la lumière de l'uretère. Et si dans ce cas en ouvrant la poche nous voyons s'écouler un liquide hématique, il nous sera

permis d'invoquer les deux exemples que je viens de citer et de penser à une hémorrhagie de la tumeur elle-même dans la cavité hydronéphrotique que sa présence avait préalablement constituée. L'examen du liquide, d'ailleurs, nous permettra dans ce cas de recueillir des indices importants et de découvrir au microscope des cellules épithéliales dont la présence lèvera tous les doutes. Il va sans dire, d'ailleurs, qu'une fois en présence de la tumeur, il n'est généralement pas possible de conserver des doutes. La vue et le toucher permettent de reconnaître aussitôt au voisinage du hile un empâtement énorme, irrégulier, bosselé sur la nature duquel le plus souvent, il n'est pas permis d'hésiter.

Avant de terminer ce chapitre du diagnostic, il nous faut insister sur deux affections qui pourraient quelquefois égarer le clinicien : nous voulons parler de l'hémoglobinurie et des kystes séro-sanguins rétropéritonéaux. Pour l'hémoglobinurie, la présence de la tumeur rénale et surtout l'examen microscopique du liquide hématique lèvera tous les doutes, la présence des hématies, quelque soit leur état de conservation, permettra d'affirmer l'hémorrhagie rénale.

Quant aux kystes séro-sanguins, il faudra un examen attentif, parfois même l'exploration directe sera nécessaire pour être fixé à ce sujet. Narath qui dernièrement a appelé l'attention sur

ce point montre bien toute la difficulté que l'on peut rencontrer. Ces kystes en effet, tout en ayant une origine extra rénale, peuvent prendre un tel développement qu'ils peuvent en imposer pour la glande elle-même. Si, de plus ils viennent s'ouvrir dans l'uretère et se vider par les voies urinaires, grâce à ce conduit, on conçoit toutes les erreurs que l'on est susceptible de commettre. Le diagnostic ne pourra donc être fait, comme dans l'observation communiquée par M. Loison, que par l'examen direct de la poche hydronéphrotique : la présence des vestiges de la glande rénale, plus ou moins modifiés, mais toujours reconnaissables à leurs caractères propres, l'absence enfin d'une autre tumeur permettra de lever les doutes à ce sujet.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hémorragie survenant dans le cours d'une hydronéphrose est grave, pour les raisons que nous avons exposées en décrivant les symptômes de cette complication. Cette gravité résulte d'abord de l'abondance de l'hémorragie : on voit alors le malade présenter tous les signes d'une hémorragie interne : syncope, lypothymie, refroidissement des extrémités. En même temps le corps entier se couvre de sueurs froides et le malade succombe dans l'hypothermie. Mais ce n'est pas à ce point de vue que nous devons nous placer pour envisager les suites de l'épanchement de sang dans la cavité hydronéphrotique.

Par le fait même de l'hémorragie, la tumeur s'accroît de volume, et alors que jusqu'à ce moment elle était restée ignorée, ou à peu près, du malade, on voit bientôt tous les phénomènes de compression apparaître, soit du côté de l'appareil pulmonaire, comme c'est le cas dans l'observation de M. Loison, soit du côté de l'abdomen

lui-même. La tumeur gêne par sa présence, empêche le malade de se livrer à ses travaux habituels, parfois même empêche tout mouvement, lorsqu'elle acquiert un volume énorme.

Enfin nous ne parlerons, que pour signaler cette complication, de la possibilité de l'infection ultérieure. Tout cela, on le voit, assombrit singulièrement le pronostic et indique une intervention rapide.

TRAITEMENT

Nous serons bref sur le traitement de cette complication de l'hydronéphrose. Le traitement de l'accident en lui-même ne pourrait être tenté que si l'on faisait le diagnostic au moment même de l'hémorrhagie. Alors, il serait indiqué d'essayer les moyens ordinaires : repos au lit, glace à la région lombaire, opium et les toniques si l'hémorrhagie est abondante et s'il y a menace de syncope. Dans ce cas, l'hémorrhagie persistant, il y aurait lieu d'intervenir chirurgicalement.

Mais si, comme c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, on ne fait le diagnostic que par la ponction, essayons, d'après nos observations, de tirer quelques indications sur la conduite à tenir.

La ponction par la voie abdominale a été faite au début, par M. Loison, tant au point de vue curatif que pour éclairer le diagnostic. Mais dans les jours qui suivirent, le malade accusa de vives douleurs abdominales ; le ventre était tendu, ballonné, le malade avait des vomissements verdâtres :

tous phénomènes qui disparurent d'ailleurs par la suite, mais la tumeur se reproduisit avec les mêmes caractères qu'auparavant.

La marsupialisation n'offre pas de meilleurs résultats et la cautérisation au moyen de liquides modificateurs tels que le chlorure de zinc ou la teinture d'iode n'a pas empêché le liquide de se reproduire,

Reste donc la néphrectomie qui semble tout indiquée et qui semble être l'opération de choix. C'est à elle qu'eut recours en dernier lieu M. Loison, et la guérison du malade fut obtenue en quelques semaines. Il ne nous paraît pas d'ailleurs que l'on puisse hésiter dans ce cas ; de l'étude anatomo-pathologique que nous avons faite, il résulte que le tissu rénal est incapable de tout bon fonctionnement du côté malade, à quoi bon dans ce cas, laisser en place une tumeur qui expose le malade à toute une série d'accidents ? Pour plus de sécurité on ne devra pratiquer cette opération qu'après avoir fait l'épreuve de l'autre rein au moyen du bleu de méthylène. Fonctionne-t-il bien ? rien ne s'oppose à l'ablation du rein malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le médecin-major Loison,
professeur agrégé au Val-de-Grâce,

Hydronéphrose volumineuse congénitale droite. — Ponction. — Incision puis néphrectomie secondaire. — Guérison.

Le soldat D..., 22 ans, profession jardinier, entré au Val-de-Grâce le 7 mars 1897, pour bronchite aiguë.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Personnellement, il est de bonne constitution, il n'a jamais fait aucune maladie.

Dans les premiers jours de février 1897, il fait une chute en descendant de la barre fixe et tombe sur le côté droit.

Depuis, il a toujours ressenti une légère douleur à ce niveau surtout pendant les mouvements respiratoires, mais il n'a jamais interrompu son service.

A son entrée au Val-de-Grâce, le 7 mars, il tousse et expectore des crachats muco-purulents ; râles ronflants et sibilants dans la poitrine. A la base droite, en arrière, on constate de la submatité remontant jusque près de la pointe de l'omoplate. Il y a absence de murmure respiratoire, ni souffle, ni égophonie mais disparition des vibrations thoraciques à ce niveau.

L'hémithorax droit est fortement dilaté à sa partie inférieure ainsi que la partie supérieure droite de l'abdomen.

Percutant le foie, nous constatons que la matité hépatique remonte à peine de deux travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes, et qu'elle se continue en bas, sans aucune interruption avec une zone mate descendant jusqu'aux environs d'une ligne horizontale passant par la crête iliaque. La peau qui recouvre l'hypochondre droit ne présente aucune altération; il existe une certaine dilatation du réseau veineux sous-cutané, pas d'œdème du tissu cellulaire, pas de douleur à la pression.

Par la palpation, en faisant relâcher les parois de l'abdomen, nous pouvons assez facilement délimiter le contour d'une tumeur à surface lisse, se perdant en haut sous le rebord costal, descendant en bas jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque A. S.; s'étendant en dedans, dans la région sus-ombilicale jusqu'à une ligne située à 7 centimètres à gauche de la ligne médiane et se continuant en arrière sans limites précises à la région lombaire. Aucune saillie, aucune résistance à cette région.

Sur toute la surface de la tumeur ainsi délimitée, on a une sensation nette de fluctuation, particulièrement à la partie supérieure. Absence de frémissement hydatique.

La tumeur se déplace peu pendant les mouvements respiratoires et par le palper on ne peut la mobiliser que légèrement dans le sens transversal.

Le malade n'a jamais souffert du ventre. Rien dans ses antécédents urinaires. Sa mère lui a dit cependant qu'elle avait toujours remarqué depuis son enfance l'amplitude exagérée du côté droit de son thorax.

Diagnostic. — Le diagnostic de tumeur liquide abdominale s'impose, mais il s'agit d'en déterminer la nature et le point de départ.

Jamais le malade n'a eu ni ictère, ni colique hépatique

ou néphrétique, jamais de débâcle urinaire intermittente. A son entrée, les urines renferment quelques traces d'albumine. On porte le diagnostique de kyste hydatique de la partie antérieure de la face inférieure du foie ayant fait basculer le foie et provoquant quelques phénomènes inflammatoires vers la base du poumon droit.

M. Loison pense cependant aussi à une hydronéphrose ayant refoulé le colon et la masse intestinale et s'étant mise en rapport avec la paroi abdominale.

Le 26 mars. — On fait une ponction aspiratrice en pleine matité, sur la ligne mamillaire, 3 centimètres au-dessous des fausses côtes. Il sort immédiatement 50 gr. d'un liquide brunâtre, de couleur hématique, puis brusquement l'écoulement s'arrête. L'aspect du liquide faisant exclure l'hypothèse d'un kyste hydatique, on n'insiste pas.

Le malade aussitôt éprouve une vive douleur dans le ventre, le pouls est à 100 et régulier, la respiration fréquente, la morphine calme un peu les douleurs.

Le soir, le malade ne peut uriner, on le sonde et on retire 400 grammes d'urine claire. Pas de fièvre.

Le 27 mars. — Douleurs vives pendant la nuit. Le malade a eu un vomissement bilieux et a uriné trois fois.

Le liquide de la dernière miction est brunâtre et ressemble au liquide retiré par la ponction.

Dans l'urine on ne trouve pas de sels biliaires, mais on constate la présence d'albumine et de globules rouges et blancs.

De même dans le liquide de la ponction, il y a de plus des cristaux de phosphate de chaux.

Le pouls est à 160, petit. Cyanose de la face. Extrémités refroidies. Ventre moins douloureux que la veille.

Le côté droit est moins tendu qu'avant la ponction. On délimite moins facilement la tumeur.

M. le professeur Delorme examine le malade et attribue

le péritonisme au liquide épanché. Il recommande de temporiser.

Le soir les douleurs diminuent et la température est au-dessous de 37°, le pouls bat 146.

Le 30 juin on pratique l'opération par la voie abdominale.

Incision latérale. Ouverture du péritoine. On tombe sur une tumeur de coloration un peu rougeâtre. On constate qu'elle est indépendante du foie et de la vésicule biliaire. Le colon ascendant est refoulé en dedans sur le bord interne de la tumeur ; l'angle supérieur droit est un peu refoulé en dedans et en haut. La masse occupe nettement l'espace cellulaire rétro-péritonéal. On cherche le rein sans le sentir. Ponction au centre avec un gros trocart. Il s'écoule de trois et demi à quatre litres, d'un liquide limpide, noirâtre, analogue à celui retiré autrefois. Plaçant deux pinces à forci-pressure pour attirer et maintenir la poche en dehors, on retire le trocart et oblitère l'orifice des ponctions par une pince à kyste.

Après avoir ouvert la poche, on constate une poche très vaste dont le doigt ne peut atteindre les limites dans tous les sens, on sent des diverticules dans toutes les directions, particulièrement à la partie interne.

Par places, la face interne de la poche est blindée par des plaques calcaires, rugueuses au toucher et assez consistantes. Le doigt promené dans la poche, en arrière et en haut sent la face antérieure des dernières côtes, en arrière on ne sent que l'épaisseur des parties molles.

La surface interne de la poche est gris-rougeâtre.

28 mars. — Langue blanche, sèche. Insomnie. Plusieurs vomissements bilieux et alimentaires. T. 36° 8. P. 140. La tension et la sensibilité du ventre ont diminué. Le malade a émis spontanément 800 grammes d'urine brune, un peu moins foncée que celle des jours précédents.

Il y a un peu d'ictère conjonctival et cutané.

29 mars. — Les urines reprennent leur teinte claire habituelle.

Le pouls est à 100, la température à 37°.

La cyanose et le refroidissement des extrémités ont disparus.

30 mars. — Le malade mange, se lève, mais la tumeur reste tendue et présente une fluctuation très nette sur toute la région sous-hépatique.

Pendant les semaines qui suivent, la tumeur augmente de volume. Nous pensons à un hydronéphrose, mais pour éclairer notre diagnostic, M. Albarran est prié de faire le cathétérisme de l'uretère pour évacuer la poche. L'opération ne réussit pas et le malade refuse de se soumettre à un autre examen.

L'état reste le même, état général bon, ni gêne, ni douleur, l'urine est normale.

Enfin le malade se décide à se faire opérer.

Sur la coupe, la paroi d'aspect blanchâtre, présente plusieurs millimètres d'épaisseur. Il semble facile de la séparer des parties voisines, mais des adhérences fibreuses, solides, la retiennent au niveau des plaques calcaires signalées.

Nous concluons à la marsupialisation.

Opération faite.

L'examen de la paroi kystique, pratiqué par M. le professeur agrégé Lemoine, permet de constater ce qui suit : « A la périphérie existent des travées concentriques et tissu conjonctif dense, épaisses, et ne présentant en aucun point de tissu jeune. En dedans de cette paroi, on constate un tissu conjonctif denses, au milieu duquel il est permis de distinguer des tubes glandulaires en petite quantité et des alvéoles renfermant des blocs de tissu conjonctif et quelques restes d'éléments analogues à ceux des glomérules de Malpighi.

Les tubes sont à peu près complètement dépourvus d'épithélium ; quelques-uns, cependant, sont assez bien conservés pour que, avec les autres éléments de diagnostic histologique, on puisse conclure à la présence de vestiges d'éléments rénaux.

Jusqu'ici, nous avons pensé avoir peut-être affaire à un de ces kystes séreux ou séro-hématiques rétropéritonéaux sur lesquels Narath a encore appelé l'attention dans ces derniers temps. Ce kyste aurait pu laisser passer par une fissure son contenu dans l'uretère. Mais l'absence de rein et les constatations histologiques ne permettent plus d'accepter cette hypothèse et nous devons conclure à l'existence d'une hydronéphrose presque complètement fermée. Par le cathétérisme rétrograde nous ne pûmes pas retrouver l'orifice supérieur de l'uretère.

Tentatives pour faire bourgeonner l'intérieur de la poche à l'aide de teinture d'iode et de chlorure de zinc, inutiles. Essayé aussi le procédé de Jaboulay (retournement de la poche). Même insuccès.

Le 30 octobre. — La poche s'est un peu rétractée mais sécrète toujours beaucoup. L'orifice de marsupialisation ne mesure plus que 6 centimètres.

État général bon. Le malade demande à être opéré.

Néphrectomie lombaire. Après section des différents plans, on trouve à la partie interne l'uretère que l'on sectionne aussi bas que possible ; ligature sur le pédicule vasculaire.

La poche alors s'enlève facilement. Drainage et réunion.

Le 22 décembre. — Il persiste à la paroi postérieure une petite fistule. L'état général est bon. Le malade urine normalement.

5 mars. — La fistule est complètement fermée depuis l'élimination de deux fils de soie à ligature.

Autopsie de la pièce. — A la face interne de la poche,

nous retrouvons les plaques calcaires en forme d'écailles de poisson, mentionnées précédemment. Nous distinguons l'orifice de l'uretère placé au sommet d'un petit tubercule ; il n'est pas oblitéré, mais très rétréci et n'admet qu'un fin stylet.

OBSERVATION II (cas de Fürbringer) (1)

Hydronéphrose double, intermittente à droite. — Néphrite double diffuse. — Mort par urémie. — Autopsie.

Histoire clinique. — Il s'agit d'un typographe âgé de 33 ans, qui entra le 4 mai 1886 dans le service de chirurgie de l'hôpital, mais le jour précédent avait été admis dans un service de médecine comme atteint d'une affection médiale (hémoglobinurie).

Antécédents. — Voici, en quelques mots très significatifs, ce que les antécédents du malade ont appris. En novembre 1885, il tomba d'un tramway trainé par des chevaux, lors d'une perte de connaissance causée, prétend-il, par un froid aux pieds extrêmement vif. Il resta deux jours sans pouvoir uriner et présentait de la tuméfaction du foie. L'urine qu'il rendit le deuxième jour était sanguinolente et bientôt le malade se remit de son accident et retrouva ses forces

Evolution de la maladie. — Depuis cette époque, il survient, prétend-il, des crises analogues chaque fois qu'il prend des boissons froides ou qu'il se refroidit. Ces crises sont caractérisées par un arrêt dans l'émission de l'urine ; des douleurs et une tuméfaction de la région hépatique par un battement extrême et de l'hématurie. A

(1) Traduit de Klin. Berl. Woch.

la suite des accès, le foie diminue de volume et l'urine devient claire et transparente. Pendant ces derniers temps les accès sont revenus plus fréquemment; le dernier a eu lieu le 2 mai. C'est à la suite de cet accès qu'il est entré à l'hôpital.

Y avait-il une hypothèse plus plausible que celle portée ?

Non. Les organes de l'abdomen n'avaient aucune anomalie.

L'urine était colorée en brun-rouge, mais cette coloration n'était pas due à de l'hémoglobine seule, mais bien à des globules de sang en nature. C'était donc une véritable hématurie.

La nuit suivante cet homme fut pris de vives douleurs à la région hépatique. Le lendemain matin, il se sentit très abattu presque agonisant; il se plaignait à haute voix de ses douleurs de la région du foie. On sentait au-dessus de la partie moyenne de la paroi abdominale, à droite, une tumeur dure, non fluctuante, s'avancant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur suivait les mouvements de la respiration et se continuait avec le foie. Elle était accolée à la paroi abdominale et le gros intestin n'était pas au devant d'elle.

M. Fürbringer, se basant sur ce fait, émit l'hypothèse d'une tumeur de la vésicule biliaire.

Il reconnaissait toutefois qu'elle était bien dure et qu'elle paraissait faire suite au foie.

Les jours suivants, il survint du coma, qui augmenta bientôt, léger délire. Le 10 mai, le malade rendit 1/4 de litre d'urine d'un poids spécifique de 1.012. Troubles, quelques leucocytes et quelques cylindres. La mort survint le 11 mai dans le coma.

Autopsie. — On constate au dessous du lobe droit du foie une tumeur grosse comme le poing ayant chassé le

colon vers la ligne médiane. Elle avait tous les aspects d'une hydronéphrose du rein droit. Celui-ci, de la grosseur d'une noix de coco, avait un parenchyme de l'épaisseur du doigt au pourtour des grands calices.

L'uretère, du calibre d'un intestin d'enfant, était tortueux.

Malgré les recherches, on ne put découvrir les causes de l'hydronéphrose. Pas d'anomalie d'insertion de l'uretère, pas de coudure anormale, pas d'obstacle valvulaire.

A gauche, le parenchyme était enflammé, le rein était aussi hydronéphrotique, mais l'uretère était normal et perméable.

OBSERVATION III (Communiquée par M. Tuffier).

Hydronéphrose volumineuse droite. — Traumatisme ancien. — Nombreuses ponctions. — Néphrectomie.

Le nommé M..., âgé de 35 ans, bureaucrate, entre le 20 mai au pavillon Gerdy.

A. H. — Père mort athsmatique; mère bien portante. Plusieurs frères et sœurs bien portants.

A. P. — A 16 ans, en faisant de la barre fixe, il tombe sur l'hypochondre droit, et ressent une douleur si vive qu'il ne peut se relever. Il n'a ni méloëna, ni hématurie. Huit jours après, apparaît du gonflement du ventre du côté droit, qui va en augmentant jusqu'au quarantième jours après l'accident.

On fait une ponction et on retire six litres d'un liquide citrin.

Après huit jours, nouvelle ponction de trois litres.

Jusqu'en 1889, on a fait en tout vingt-sept ponctions.

En 1889, il vient à Paris consulter Broca, Verneuil, Le Fort et Panas. Les deux premiers font le diagnostic de péritonite enkystée, et les deux autres celui du K. du rein.

Tous se sont opposés à l'intervention.

De retour à Constantinople, le malade voit sa tumeur s'accroître progressivement sans accident ni gêne.

Pas de troubles, du côté de l'appareil digestif.

Les fonctions génitales sont normales.

Margariti, 35 ans, employé.

Examen. — Jeune homme de grande taille, bien constitué, ni amaigri, ni anémié, vigoureux au contraire.

Langue nette : P. 84, régulier, égal, fort ; Temp., 36°9.

Rien du côté du cœur ou des poumons.

Le ventre présente dans sa moitié droite une saillie hémisphère assez peu accentuée cependant, s'étendant du flanc droit à trois centimètres au delà de l'ombilic et du rebord costal à l'épine iliaque. La peau à ce niveau a sa coloration normale.

La tumeur est absolument mate à la percussion. La matité reste la même, mais la tumeur se déplace vers la ligne médiane lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté gauche.

La tumeur n'est pas douloureuse, elle donne nettement la sensation de flot.

Elle est nettement limitée de la matité hépatique.

A la palpation, il est assez difficile de circonscrire la tumeur, cependant on peut noter sa consistance qui n'est ni molle, ni résistante, mais qui est analogue à celle des grosses kydronéphroses, sa mobilité sous la peau et sur les parties profondes qui est assez grande. En outre elle est absolument indolore.

Elle paraît bien avoir un pédicule situé dans le flanc droit.

L'épigastre, le flanc gauche, les fosses iliaques et la partie inférieure de l'hypogastre sont libres.

Les urines contiennent des traces d'albumine, pas de

sucré, elles sont jaunes, très claires et assez abondantes (600 grammes).

Diagnostic probable. — Nombreux diagnostics plus ou moins invraisemblables. M. Tuffier s'appuyant surtout sur la consistance de la tumeur porte celui d'hydronéphrose.

Opération le 21 mai 1898. — Ether. Grande incision lombaire partant de la partie moyenne de la douzième côte et se dirigeant en bas et en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure (15 cent. env.).

On tombe sur une tumeur liquide à parois assez minces, gris-jaunâtre, rosée par places, qui n'est pas manifestement formée par le péritoine et qu'on se met en devoir de dégager des parties voisines.

Il existe en effet d'assez fortes adhérences autour de la tumeur, aussi est-il difficile de trouver un bon plan de clivage pour l'isoler. Dès les premières tentatives faites dans ce but, la poche se rompt largement et laisse échapper plusieurs litres (quatre ou cinq) d'un liquide trouble, couleur chocolat clair, ne sentant pas mauvais. L'ouverture permet d'introduire toute la main dans la poche et de procéder plus facilement à son énucléation.

On la détacha d'abord en avant et en dedans ; puis en haut, sous le foie ; puis en dehors et en bas.

C'est là qu'elle tient le plus. En la détachant, on s'aperçoit qu'elle possède un pédicule vasculaire dans lequel on sent battre une artère. En outre, partant de la partie interne et inférieure et se dirigeant en bas et en dedans on sent un petit cordon qui semble bien être l'uretère.

La section de ce cordon à environ 2 centimètres de distance de la poche, montre d'ailleurs qu'on ne s'est pas trompé.

On se trouve ainsi en présence d'un rein hydronéphrosé et énormément dilaté. Pincés sur le pédicule. Section.

Extirpation de la poche qui, remplie d'eau, atteint environ une fois et demie le volume d'une tête d'adulte.

A sa partie postérieure, elle présente, comme certaines vieilles hydronéphroses, une plaque crétacée large comme cinq francs environ.

Les parois de la poche, ont environ 3 millimètres d'épaisseur : elles sont peu vasculaires.

La poche extirpée, on essaie de remplacer les pinces par des ligatures, mais celles-ci ne tiennent pas à cause de la profondeur à laquelle on est obligé de serrer les nœuds.

On laisse donc les pinces en place, l'hémostase est d'ailleurs parfaite.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la température est normale, mais le lendemain le pouls du malade devient à peine perceptible et on constate que le pansement est imbibé de sang.

L'hémostase cependant est complète. On fait 1.500 gr. de sérum.

23 mai. — Rien de particulier.

Douleur vive dans le flanc droit.

Pas de température, pouls filiforme.

Langue blanche et humide. Urines rares et foncées, 1.500 gr. de sérum.

24 mai. — Le malade souffre beaucoup. Morphine la nuit. Température 37° 8.

Pouls très rapide, à peine perceptible.

Le malade est très abattu. La langue est sale mais humide.

25 mai. — Malade très abattu. On continue le sérum. Pas de sommeil la nuit, Douleurs vives. Agitation extrême T. 37° 8.

Le pouls est à 150, mais mieux frappé que les jours précédents.

La langue se sèche, la dyspnée augmente.

CONCLUSIONS

I. — En dehors des accidents déjà décrits des hydronéphroses, il est un autre accident qui peut survenir : l'hémorrhagie se faisant dans l'intérieur de la poche.

II. — Cet accident est peu fréquent et résulte le plus souvent d'un traumatisme : ce qui n'exclut plus les urohématonéphroses cancéreuses ou par distension.

III. — La symptomatologie n'est pas des plus nettes, et à part les cas où la tumeur rénale diminue de volume avec l'hématurie, il n'est guère possible d'affirmer le contenu uro-hématique de la poche.

IV. — Le diagnostic est donc difficile et parfois n'est fait qu'au moment de l'incision de la tumeur, lorsqu'on voit s'échapper un flot de liquide brunâtre,

V. — Le pronostic est sérieux et commande une intervention rapide.

VI. — La néphrectomie n'est l'opération de choix, que lorsqu'on s'est assuré de l'état du rein du côté opposé. En dehors de ces cas la ponction et la néphrotomie sont les deux moyens à employer en premier lieu.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Guyon.* — Annales génito-urinaires.
Bazy. — Bulletin médical, 21 octobre 1896.
Escat. — Thèse 1897.
Dordonnat. — Thèse 1896.
A. Monprofit. — Bulletin médical du 28 octobre 1896.
Tuffier. — Semaine médicale 15 avril 1896.
Tuffier. — Traité de chirurgie, article hydronéphrose.
Tome VII.
Tuffier. — Rapport de la Société de chirurgie du 4 mai 1898.
Duplay. — Union médicale, 6 juin 1896.
Lapointe. — Société anatomique, 15 mai 1896.
Strauss et Germont. — Archives de physiologie, 1882.
Thompson. — Pathological societ. of London, 1862.
Glass. — Philosophical transaction, 1747.
Thurnam. — London med. gaz , tome XX, p. 747.
Legerot. — Hydr. intermitt. Th. Lyon, 1894.
Tuffier. — Gazette hebdomadaire. Statistique sur les
opérations du rein, 1897.
Tuffier. — Traumatisme du rein.
Narath. — Archives de Langenbeck, tome L, 1895, p. 763.

